

医療記録票についてのご案内

～患者の方へのご案内～

- B型・C型肝炎ウイルスによる肝がん・重度肝硬変（非代償性肝硬変）の治療目的の入院、又は肝がん外来医療（分子標的薬を用いた化学療法・肝動注化学療法・粒子線治療等）を受けていて、上記の治療に係る医療費について、高額療養費の限度額を超えた月が申請月を含む過去24か月の間に1月以上ある場合は、参加者証の申請が可能になります。
- 参加者証申請の際、保険医療機関又は保険薬局の窓口にてこの医療記録票（様式第6号の1又は様式第6号の2）への記入をお願いしてください。
- 該当する方は参加者証申請の提出必須書類（※）と一緒に住所地を管轄する県保健所に提出して参加者証の交付申請を行ってください。
- 参加者証が交付され、高額療養費の限度額を超えた月が申請月から過去24か月の間に2月目以降となった場合に2月目からの医療費が助成対象となります。
- 入院医療費については、2月目以降の高額療養費の限度額を超えた本事業の対象医療費の窓口負担額が1万円となります。
- 外来医療費については、窓口にて本事業の対象医療費を高額療養費の限度額に達するまでお支払いいただき、後日、県より償還払いにて高額療養費の限度額から自己負担額1万円を差し引いた額を口座振込にて返還になります。
- 償還払いの請求を行う場合には、提出必須書類と一緒に住所地を管轄する県保健所に提出してください。

（※）申請様式等の詳細については県ホームページ又は住所地を管轄する県保健所にお問合せください。
（茨城県 肝がんで検索）

本事業の制度内容や助成について（対象医療行為）、各申請様式など掲載しておりますので、ご参照ください。



県ホームページQRコード

～指定医療機関・保険薬局の方へ～

- 記載例を参考に医療記録票（医療記録票については様式第6号の1又は様式第6号の2）の記入をお願いいたします。1か月分の医療費を確認しますので、病院も薬局も入院・通院・調剤日の日付順に続けて記入してください。月別や医療機関別など、用紙を分けずに1枚にまとめて記入をお願いいたします。
- 入院については、1月の本事業の対象医療費が高額療養費の限度額を超えた場合は窓口負担額が1万円となり、現物給付となります。
- 外来については、窓口で本事業の対象医療費を高額療養費の限度額に達するまで徴収していただき、後日、県より高額療養費の限度額から自己負担額1万円を引いた差額を償還払いにて患者様に返還する流れとなります。

※詳細については県ホームページ又は住所地を管轄する県保健所にお問合せください。

≪ 70歳未満の場合の記載例 ≫ ※70歳以上で外来が高額療養費の限度額を超えた場合は「▲外」と記載

B 欄	(20□□) 年							
	(8) 月	(9) 月	(10) 月	(11) 月	(12) 月	(1) 月	(2) 月	(3) 月・・・
	△入	△外	外		△外	○入+外		

医療実績記載欄【記載例・注意事項】

◆◆	◇	◇	◇◆	◇◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆	◆◆
入院日 ・ 通院日 ・ 調剤日	退院日	入院 の 場合 ○印	所得 区分	自己負担 割合 (3 割又 は 2 割又 は 1 割)	医療機関名 ・ 保険薬局名	県実施要綱の 別添 3 又は 別添 4 に 係る治療の場 合○印 (○が無けれ ば対象外)	① 関係医療の 医療費総額 (1 0 割)	② 関係医療の 窓口支払額	③ 窓口支払額 の月間累計	④ ※ 1	記載者 氏名	
○○○○年 ○月○日	○○○○年 ○月○日	○	エ	3 割	○○○病院	○	987,654	57,600	57,600	○	○○	
○○○○年 ○月○日			エ	3 割	○○○薬局	○	3,210	9,630	67,230		○○	

B 入院の場合 高額療養費の限度額を超えた場合 1 万円をお支払いいただく。
※参加者証をお忘れの際等は、現物給付ではなく償還払いの対応となります。

外来の場合 高額療養費の限度額を超えるまでお支払いいただく。

A: **【二二二二】**の中は月数要件カウントを確認しますので、カウント1月目(1回目)から24月分を続けて記載してください。高額療養費の限度額を超えない月は、「入」や「外」と記載してください。例：高額療養費の限度額を超えた入院・外来→「〇入」、「△外」(70 際未満)、「▲外」(70 際以上)

注意点：受診のない月は空欄となります。

B: 医療機関と保険薬局を合わせて、かかった日付順に1枚に記載してください。

注意点：医療機関で1枚、保険薬局で1枚と計2枚提出された例や1月1枚で複数枚提出された例があります。高額療養費の限度額を超えているかをチェックいたしますので、できるだけ1枚に日付ごとに記載してください。

C: 入院の場合は、退院日を記載し、「〇」印を記載してください。

D: 所得区分を記載してください。

注意点：療養費の計算をするうえで重要になります。

E: 保険給付の割合を記載してください。(3割・2割・1割など)

F: 厚生労働省肝がんホームページ内にある「肝がん・重度肝硬変治療研究促進事業の取扱いについて」の別添3の入院の対象医療、又は別添4の外来の対象医療に係る治療が助成対象になりますので、対象医療を受けた場合は必ず「〇」を記載してください。

注意点：対象医療を行っていたが「〇」が未記載だったという事例や対象外の医療費を記載した事例があります。「〇」が記載されていない場合は対象外医療とみなされます。医療記録票を記載する際には、必ず担当の医師にご確認いただき、「〇」の記載漏れのないようご注意ください。

G: この欄には医療費の総額(10割分)を記載してください。

注意点：対象外の医療費分は含めず、対象医療費分のみ(10割分)を記載してください。傷病手当金意見書交付料や当該医療と無関係な医療、保険適用外の医療は対象外ですので引いた額を記載してください。

H: この欄には、関係医療の窓口支払額を記載してください。

注意点：領収書の額と確認しますので、窓口で実際に支払った金額を対象医療費分のみ記載してください。

また、対象外の医療費を差し引いた場合は、明細書内の対象外にマーカーを引いて区別できるように記載してください。

I: この欄には、窓口支払額の累計額を記載してください。

注意点：医療機関と薬局と1月にかかった対象医療費額を足し上げて累計額を正しく記載してください。

J: この欄には医療費が高額療養費の限度額を超えた場合に「〇」を記載してください。

「〇」がついた月はB欄にも、入院の場合は「〇入」、外来の場合で70 際未満の場合は「△外」、70 歳以上の場合は「▲外」のいずれか当てはまるものを記載してください。

注意点：「〇」が未記載の事例がありますので、記載漏れのないようお願いいたします。

【お問合せ先一覧】

お住まいの地域	申請窓口	電話番号	所在地
水戸市・笠間市・小美玉市・茨城町・大洗町・城里町	中央保健所	029-241-0100	水戸市笠原993-2
ひたちなか市・東海村・常陸太田市・常陸大宮市・那珂市・大子町	ひたちなか保健所	029-265-5515	ひたちなか市新光町95
	常陸大宮支所	0295-52-1157	常陸大宮市姥賀町2978-1
日立市・高萩市・北茨城市	日立保健所	0294-22-4188	日立市助川町2-6-15
鹿嶋市・潮来市・神栖市・行方市・鉾田市	潮来保健所	0299-66-2114	潮来市大洲1446-1
	鉾田支所	0291-33-2158	鉾田市鉾田1367-3
龍ヶ崎市・取手市・牛久市・守谷市・稲敷市・河内町・利根町・美浦村・阿見町	竜ヶ崎保健所	0297-62-2161	龍ヶ崎市2983-1
土浦市・石岡市・かすみがうら市	土浦保健所	029-821-5342	土浦市下高津2-7-46
つくば市・つくばみらい市・常総市	つくば保健所	029-851-9287	つくば市松代4-27
結城市・筑西市・桜川市・下妻市・八千代町	筑西保健所	0296-24-3911	筑西市二木成615 筑西合同庁舎(1階)
古河市・五霞町・境町・坂東市	古河保健所	0280-32-3021	古河市北町6-22